

## **Empfehlung zur Diagnostik und Versorgung SARS-CoV-2-positiver pädiatr. Patienten und päd. SARS-CoV-2 Verdachtsfälle in Schleswig-Holstein**

B. Naust, Dr. G. Hillebrand, Klinikum Itzehoe; PD Dr. T. Ankermann, UKSH Kiel;  
Prof. M. Kopp, Prof. E. Herting, UKSH Lübeck,  
für den Expertenbeirat des MfSGJFS Schleswig-Holstein

Insgesamt treten bei pädiatrischen Patienten nach derzeitiger Datenlage überwiegend milde Verläufe auf, lt. einer chin. Studie\* mit 2143 Fällen (davon 731 per PCR bestätigt) entwickeln 5,2 % schwere (Pneumonie mit O<sub>2</sub>-Bedarf) und 0,6% kritische (ARDS) Komplikationen. Kinder können jedoch anscheinend in erheblichem Ausmaß als Überträger der Viren dienen. Im Verlauf des zu erwartenden exponentiellen Anstiegs der Fallzahlen werden vermehrt Kinder mit Zeichen der Erkrankung in den kinderärztlichen Versorgungsstrukturen Schleswig-Holsteins vorgestellt werden. Diese Patienten werden sich mischen mit den zahlreichen febrilen Atemwegsinfekten anderer Genese.

Wir haben in der folgenden Tabelle mögliche Indikationen für die Zuordnung der päd. Patienten mit nachgewiesener oder hoch wahrscheinlicher SARS-CoV-2019 Infektion zu den verschiedenen Versorgungsbereichen formuliert. Leider gibt es jedoch – außer der derzeit nur in begrenzter Kapazität verfügbaren PCR-Diagnostik – keine eindeutigen Diagnostikkriterien, um SARS-CoV-2019 von anderen Infekten abzugrenzen. Daher sollte bis auf weiteres eine möglichst strikte Trennung von Kindern mit Fieber und/ oder Atemwegsinfekt von allen anderen päd. Patienten erfolgen, z.B. durch Aufteilung der Sprechzeiten oder eindeutige räumliche Trennung. Vgl. dazu die Empfehlungen des RKI. Im Zweifelsfall können die genannten Kriterien auch bei unklarer oder fraglicher Erkrankung an SARS-CoV-2019 ohne Erregernachweis genutzt werden.

Aufgrund der noch unzureichenden Datenlage sind die folgenden Empfehlungen bei Zunahme der Fälle und damit Erfahrungen im Verlauf ggf. anzupassen.

\*Dong Y, Mo X, Hu Y, et al. Epidemiological characteristics of 2143 pediatric patients with 2019 coronavirus disease in China. Pediatrics. 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0702

	Kriterien	Überwachung
<b>Häusliche Versorgung</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Nur mäßig beeinträchtigter AZ</li> <li>Ausreichende Trinkmenge und Nahrungsaufnahme</li> <li>SpO<sub>2</sub> &gt; 92% bei Raumluft</li> <li>Keine Apnoen (anamnestisch)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Überwachung durch niedergelassene Ärzte, bevorzugt telefonisch. Praxiskontakt nur bei Verschlechterung.</li> <li>Aufklärung der Betreuungspersonen über Kriterien zur stationären Aufnahme</li> <li>PCR auf SARS-CoV-2 gem. RKI-Kriterien</li> </ul>
<b>Stationäre Aufnahme/ Normalstation</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduzierter Allgemeinzustand</li> <li>Reduzierte Trinkmenge oder Nahrungsaufnahme/Dehydratation</li> <li><b>Dyspnoezeichen</b> (thorakale Einziehungen, Nasenflügeln)</li> <li><b>SpO<sub>2</sub> ≤ 92%</b> bei Raumluft</li> <li><b>Tachypnoe</b> (Atemfrequenz &gt;60/ min bei Säuglingen, &gt;50/min bei Säuglingen von 2-12 Monaten und &gt;40/min bei Kindern &gt;12 Monate)</li> <li>Soziale Indikation/ Wiedervorstellung bei klinischer Verschlechterung kann nicht gewährleistet werden</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliche SpO<sub>2</sub> falls SpO<sub>2</sub> ≤ 92% bei Raumluft, sonst mehrfach täglich Sättigungsspotts</li> <li><b>Labor</b> bei Aufnahme: Blutkultur, BGA, Diff-BB, CRP, Krea, E-lyte, GOT, LDH, BZ</li> <li>PCR auf SARS-CoV-2 falls noch nicht erfolgt (RKI-Kriterien)</li> <li>Bei Sauerstoffbedarf oder deutlich erhöhter Atemarbeit: tgl. BGA</li> <li>Labor - Verlaufskontrollen in Abhängigkeit von Laborbefunden und klinischem Verlauf</li> </ul>
<b>IMC/Intensiv</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bewußtseinsstörung</li> <li><b>Rekapillarierungszeit</b> (zentral) &gt; 2s</li> <li><b>SpO<sub>2</sub> ≤ 92%</b> trotz Sauerstoffzufuhr von 5l/min über Maske mit Reservoir</li> <li><b>pCO<sub>2</sub> &gt; 60 mmHg</b> u./o. pH &lt; 7,2 Cave: Falls HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>- Erhöhung (als Hinweis auf eher chron. resp. Störung/ alveoläre Hypoventilation), sind höhere pCO<sub>2</sub> akzeptabel, solange pH stabil.</li> <li><b>schwere Tachypnoe</b>, AF&gt;100/min</li> <li>Drohende respiratorische Erschöpfung mit zunehmender Dyspnoe, Tachypnoe und Tachykardie</li> <li>Apnoen</li> <li>Hypotension und/oder Zentralisation</li> <li>Akutes Nierenversagen</li> <li>Thrombozytopenie mit Transfusionsbedarf oder stark fallender Tendenz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kontinuierliches Monitoring mit Pulsoxymetrie</li> <li>Bei Beatmung und/oder Kreislaufinsuffizienz arterielle Blutdruckmessung anstreben</li> <li><b>Labor bei Aufnahme:</b> Diff.-BB, CRP, Krea, Harnstoff, Elyte inkl. Ca, GOT, LDH, CK, Trop.-T, D-Dimere, Blutkultur</li> <li>BGA inkl. Laktat</li> <li>Labor - Verlaufskontrollen in Abhängigkeit von Laborbefunden und klinischem Verlauf</li> <li>Bei Auftreten eines ARDS tgl. Reevaluation, ob Verlegungskriterien in ein ECMO-Zentrum erfüllt sind</li> </ul>

